DE LA N° 8

RÉSECTION TEMPORAIRE TOTALE

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE A L'EXTIRPATION DES POLYPES NASO-PHARYNGIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier
le 14 décembre 1888

PAR

M. SERVEL
Né à Montpellier
Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻)
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Anatomie.	PAULET.
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠), CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
BIMAR.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✻).	BOINET.	IMBERT.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	
VILLE.	GERBAUD.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président.*

JAUMES, professeur.

TRUC, agrégé.

GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

M. SERVEL.

A Monsieur le Docteur FONTAN

Médecin principal de la Marine
Professeur aux Ecoles de Médecine navale
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Professeur DUBRUEIL

Chevalier de la Légion d'honneur

M. SERVEL.

INTRODUCTION

En 1861, Jules Roux, chirurgien en chef de la marine, ayant, à l'hôpital de Toulon, un malade atteint de polypes naso-pharyngiens, imagina, comme opération préliminaire, la résection temporaire totale du maxillaire supérieur; mais il ne put la mettre en pratique, le malade s'y étant obstinément refusé.

En 1865, Sédillot eut l'occasion d'employer un procédé analogue ; malheureusement le malade, pris de syncope vers la fin de l'opération, succomba rapidement.

Depuis lors, la résection temporaire totale, décrite dans la plupart des ouvrages de médecine opératoire, ne nous paraît pas avoir été pratiquée, soit que la tentative de Sédillot ait découragé les chirurgiens, soit que la résection définitive leur ait paru plus rapide et plus sûre. Ce n'est qu'en 1887 que l'audacieuse opération de Jules Roux, reprise avec un succès complet par M. le professeur Fontan, de Toulon, a définitivement reçu une sanction clinique et passé du champ spéculatif de la médecine opératoire dans le domaine pratique et fécond de la chirurgie.

Il nous a paru qu'un véritable intérêt pourrait s'attacher à l'étude de ce procédé opératoire, si heureusement conçu qu'il donne au chirurgien, pour l'ablation du polype, une facilité et un jour presque aussi grands que la résection définitive, tout en comprenant mieux les intérêts du malade. En effet, sans lui faire courir des risques plus grands, il ne lui laisse qu'une cicatrice insignifiante au lieu de la difformité et de la gêne si pénibles qu'entraîne la perte du maxillaire.

Nous commencerons notre étude par un historique succinct des résections temporaires et une esquisse rapide des procédés si divers qu'elles comportent. Nous pourrons ainsi en pleine connaissance de cause, après avoir exposé la résection temporaire totale, en faire ressortir les avantages et les indications dans un travail comparatif qui nous fournira nos conclusions.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer notre dissertation inaugurale, d'adresser à M. le professeur Fontan, qui en a été l'inspirateur, l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

A M. le professeur Dubrueil, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous exprimons ici nos sentiments de gratitude.

DE LA

RÉSECTION TEMPORAIRE TOTALE

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE A L'EXTIRPATION
DES POLYPES NASO-PHARYNGIENS

PREMIÈRE PARTIE

Des résections temporaires du maxillaire.

HISTORIQUE

En présence des périls immédiats que font courir au malade les polypes fibreux du pharynx nasal, en présence de l'insuffisance des orifices naturels pour arriver à leur point d'implantation, les chirurgiens, obligés d'aller à leur recherche pour les extirper, ont dû se créer une voie artificielle par des opérations préliminaires.

La marche historique de ces opérations est fort instructive.

Dans une période primitive, qui s'étend depuis Hippocrate jusqu'aux premières années de ce siècle, on se contente d'agrandir les orifices naturels par l'incision des parties molles. Hippocrate récline les portions cartilagineuses du nez; Manne (1717) fend le voile du palais.

Une seconde période commence avec les opérations de Syme (1832) et de Flaubert (1840). Le chirurgien, désormais en possession de tous ses moyens d'action, va résolument au but et résèque le maxillaire en totalité; mais presque aussitôt, reculant devant un pareil traumatisme qui l'effraye, il combine des procédés de résection partielle, aussi nombreux qu'insuffisants dans la plupart des cas,

Le danger qu'entraînent de si vastes délabrements, les difformités plus ou moins considérables que laissent à leur suite les résections définitives, la gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition qui parfois les accompagnent, ont amené les chirurgiens à rechercher des procédés moins imparfaits. C'est ainsi que, dans une troisième période, ils ont été conduits à pratiquer des résections temporaires ; dans ces opérations, les pièces osseuses que l'on doit mobiliser restent unies aux parties molles et sont immédiatement replacées et maintenues dans leur position naturelle dès que l'extirpation de la tumeur est terminée.

C'est à deux chirurgiens français, Huguier et Chassaignac, que l'on doit les procédés de déplacement des os. Les Allemands en ont cependant revendiqué la priorité. En 1873, M. V. Bruns, assistant de la Clinique chirurgicale de son père, P. Bruns, de Thubingue, a réclamé pour ce dernier et pour Lengenbeck l'idée première des résections temporaires du maxillaire supérieur, en accusant les chirurgiens français de mauvaise foi. M. Chassaignac, dans une réponse indignée, démontra clairement que V. Bruns et Lengenbeck s'étaient emparés de son idée « comme s'il s'était agi d'une

pendule» ; en même temps, Verneuil, chargé par la Société de chirurgie de dresser un rapport sur cette question, établit nettement qu'à Chassaignac et Huguier revenait le mérite d'avoir indiqué les premiers les procédés de résection temporaire, procédés que les chirurgiens allemands n'avaient fait que mettre en pratique (1).

Avec les progrès de la chirurgie conservatrice, avec la connaissance plus complète de l'histoire des polypes fibreux, on en est venu à se demander si ces opérations, d'aucuns ont dit ces mutilations, étaient réellement nécessaires, et l'on a proposé d'entreprendre la guérison par les voies naturelles ou de pallier les dangers présents par des opérations légères, mais fréquemment répétées. Nous verrons plus loin l'opinion actuelle des chirurgiens touchant cette question.

Nous allons maintenant passer une revue rapide des procédés de résection partielle, en les groupant en voie nasale, voie palatine, voie maxillaire, suivant la classification généralement adoptée ; nous nous attacherons de préférence à la description de l'un de ces divers procédés pour nous permettre de rendre plus facile et plus claire leur comparaison avec la résection totale, et de dégager la valeur et les indications de cette dernière méthode.

VOIE NASALE.

Procédé de Chassaignac.— Dès 1854, Chassaignac indiqua le premierprocédé, qui, s'il eût alors été suivi en entier, aurait réalisé d'emblée la série des progrès dus aux chirurgiens suivants.

Au moyen de deux incisions transversales, la supérieure allant d'un orbite à l'autre, l'inférieure séparant le nez de la

(1) Société de chirurgie, juillet 1873.

lèvre supérieure, réunies par une incision verticale suivant le sillon naso-génien, il taillait un lambeau rectangulaire comprenant les tissus cutanés et cartilagineux et le rabattait sur la joue. Dans ses deux premières opérations, en 1852 et en 1854, il s'en tint là, les os propres du nez ayant été détruits par le polype. Mais en 1856, dans son traité « *De l'écrasement linéaire* », il dit, en parlant de son procédé: « Il n'entraîne que fort peu de difformité, mais cela ne sera complètement vrai que quand on aura eu soin de laisser adhérent au lambeau cutané l'auvent nasal formé par les os propres du nez. Les faits d'aposképarnismos sont là pour établir la possibilité d'une réunion après détachement d'une pièce osseuse formant partie commune avec les téguments. » Ce n'est qu'en 1862 que Chassaignac put appliquer son programme en entier.

Procédé de Lengenbeck (1).— Ce n'est qu'en 1859 que Lengenbeck pratiqua l'opération considérée comme la première résection temporaire, suivant un procédé assez imparfait. Après avoir disséqué un lambeau chondro-cutané comprenant la moitié droite du nez, il réclina sur le front les os propres du nez et l'apophyse montante, unis seulement au frontal par un pont de périoste et de muqueuse qui assurait seul la nutrition de l'os.

Procédé de Lawrence (2).— En 1862, M. Lawrence publie une observation, où il fait de l'auvent nasal un vaste lambeau ostéo-chondro-cutané qu'il relève sur le front.

Procédé de Bœckel (3).— E. Bœckel, de Strasbourg, qui

(1) *Deutsche klinike* 1859, p. 48 et *Arch. für kl.*, XIII, p. 43.
(2) *Médical Times*, novembre 1862.
(3) Traduction du traité des résections de Heyfelder. 1863.

avait déjà signalé les inconvénients de l'opération de Lengenbeck, proposa, en 1863, un procédé analogue à celui de Chassaignac, dont il n'avait pas connaissance. Il laissait adhérente à l'auvent osseux la cloison des fosses nasales, coupée verticalement aussi loin en arrière que possible, et détruisait ensuite les cornets et le reste de la cloison.

Ce procédé, que Bœckel n'eut pas l'occasion d'appliquer, fut mis en pratique par M. Bruns père, chirurgien de Thubingue. M. Bruns fils, dans un article de la *Berliner Wochenschrift*, de 1872 (nos 12 et 13), le donna comme nouveau et en attribua l'invention à son père. De là les mémorables discussions dont nous avons parlé.

Procédé de M. Ollier.— M. Ollier qui, en 1863, avait déjà fait une résection sous périostée du maxillaire supérieur, fit connaître, en 1864 (1), son procédé d'ostéotomie verticale et bilatérale du nez, qui a donné dans certains cas des résultats excellents. Le lambeau quadrilatère est adhérent par sa base et rabattu en bas sur la bouche.

Procédé de Legouest.— En 1865 (2), Legouest professeur au Val de Grâce, forme un lambeau qu'il renverse sur la joue comme dans les procédés Chassaignac et Bœckel, mais en y ajoutant la paroi interne du sinus maxillaire et la base de l'apophyse montante.

Procédé de Dénucé.— M. Dénucé (3), en 1867, pratiqua le déplacement latéral du nez et laïssa béante l'ouverture

(1) Société de chirurgie, 6 juin 1864.

(2) Société de chirurgie, 29 novembre 1865.— Médecine opératoire de Sédillot et Legouest.

(3) Thèse de Baudrimont, Bordeaux 1867.

préliminaire pendant tout le temps nécessaire à la destruction du polype, c'est-à-dire pendant 35 jours.

A ces deux derniers procédés, employés pour la cure lente des polypes, nous devons ajouter la fente dorsale du nez employée dans le même but, avec de légères variantes, par Gosselin, Billroth, Linhardt, Verneuil et plusieurs autres (1).

VOIE PALATINE.

Procédé d'Huguier.— A deux reprises différentes, Huguier avait proposé, dans les séances de la Société de chirurgie (2), de luxer en bas et en dedans ou en arrière la portion palatine et alvéolaire du maxillaire, afin de mettre à nu le produit morbide ; puis, la tumeur enlevée, les os auraient été remis en place et l'on aurait eu, de la sorte, un obturateur naturel. C'est ce procédé qu'il mit en pratique en 1860 (3).

Il pratiqua d'abord, sur l'un des côtés de la base du palais, une boutonnière transversale. Puis, fendant la joue jusqu'au masséter et incisant la région naso-labiale, il circonscrivit un lambeau triangulaire qui fut relevé en dehors. Après avoir sectionné par un trait de scie horizontal la tubérosité maxillaire jusqu'au plancher des fosses nasales, après avoir attaqué la voûte palatine jusqu'à la muqueuse du palais buccal qui fut respectée, et coupé l'apophyse ptérygoïde avec un fort sécateur, il laissa en bas et en dedans la base du maxillaire qui ne fut plus retenue que par la muqueuse de la voûte palatine. L'opération terminée, le maxillaire fut remis en place et maintenu par une suture en fil d'argent réunissant les deux incisives, par un coin placé

(1) Rapport de Chassaignac. Société de chirurgie, juillet 1873.
(2) Société de chirurgie, 3 mars 1852 et en 1854.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 20 juillet 1861.

entre les molaires et par l'application d'une fronde. Le coin se déplaça, il fut remplacé par un moule en gutta-percha préparé par M. MorelLavallée.

Procédé Dézanneau.— Dans la même année, M. Dézanneau (1), chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, pratiqua une opération analogue. Il évita seulement l'incision de la joue et reporta en arrière la charnière du plateau mobilisé, qui était interne dans le cas de Huguier.

Procédé de Goguel.— Goguel indique dans sa thèse (2) le procédé suivant, expérimenté à l'amphithéâtre: incision de la luette et du voile du palais sur la ligne médiane, section en biseau de la voûte palatine en suivant l'un des bords du raphé médian; cette ligne se bifurque ensuite des deux côtés en dehors; les deux lambeaux ostéo-muqueux sont rabattus en bas et en dehors. Après l'opération, les deux feuillets sont maintenus en place par une voûte en gutta-percha qu'on a eu soin de mouler avant l'opération.

1er *Procédé de M. Chalot:* Résection en double trappe de la voûte palatine.— Ce procédé comprend, comme celui de Goguel, deux lambeaux ostéo-muqueux se rabattant autour de leur partie externe, mais se prolongeant en avant, de manière à comprendre la portion alvéolaire antérieure du maxillaire. Suture métallique.

2me *Procédé de M. Chalot:* Résection en trappe unique de toute la voûte palatine.— Cette trappe est limitée par deux

(1) Goguel, Thèse de Paris 1875, p. 44.
(2) Goguel, *loc. cit.*, p. 59.
(3) Chalot. Nouveaux éléments de médecine opératoire. Paris 1886.

lignes partant des canines qu'on a arrachées et s'étendant jusqu'au voile qui sert de charnière. Suture métallique.

VOIE MAXILLAIRE.

Ces procédés ont pour caractère la conservation en haut de la base de l'orbite, en bas de l'arcade alvéolo-dentaire.

Procédé de Lengenbeck.— C'est le premier en date; il fut employé en 1861. On taille un lambeau à peu près triangulaire, limité en bas par une incision horizontale allant de l'aile du nez jusqu'au milieu de l'arcade zygomatique, en haut par une incision qui part du sac lacrymal, longe le rebord orbitaire et va rejoindre la première; le troisième côté formé par le sillon naso-génien reste intact. On sépare le masséter de l'arcade zygomatique. Puis, au moyen d'une scie passée dans la fosse ptérygo-maxillaire, on libère la moitié supérieure du maxillaire et, successivement, on coupe l'arcade zygomatique, l'apophyse orbitaire de l'os malaire et le plancher de l'orbite. La partie réséquée, soulevée avec une spatule, se meut autour de l'apophyse montante qui sert de charnière. On a alors accès dans la fosse ptérygo-maxillaire et dans le pharynx.

Procédé de Bœckel — Dans le procédé que Bœckel pratiqua, en 1872, la charnière est reportée en dehors. On taille un lambeau à peu près rectangulaire, en partant de l'angle externe de l'œil, longeant le bord inféreur de l'orbite, le sillon du nez jusqu'à la narine et de là fendant horizontalement la joue jusqu'au masséter. On divise le maxillaire suivant le sens des diverses incisions cutanées et on détruit l'attache jugo-maxillaire au moyen de la scie à chaîne. Après avoir

sectionné la partie osseuse du canal sous-orbitaire, on relève le lambeau ostéo-cutané, qui comprend la face antérieure de l'antre d'Hyghmore et le cornet inférieur. Dans le cours de l'extraction, on peut détruire le cornet moyen, la partie postérieure de la cloison et l'apophyse ptérygoïde.

Trélat modifia l'incision inférieure de la façon suivante dans l'opération qu'il fit la même année: «La ligne horizontale inférieure se dirige en bas et en arrière en formant une courbe à convexité supérieure, surtout prononcée dans sa partie postérieure dans le but d'éviter le canal de Sténon, d'élargir la base du lambeau et de perdre la cicatrice dans la moustache.»

Procédé Watermann.— C'est un procédé qui se rapproche de la résection totale, puisqu'il comprend le déplacement du maxillaire entier, sauf la partie orbitaire (1). «Le Dr Watermann pratique une incision verticale de la racine du nez à la lèvre supérieure. Dissection. Le maxillaire est scié juste sous l'orbite de son bord externe à la fosse nasale. Division de la suture médio-palatine avec une cisaille. Le fragment est déprimé en brisant ses attaches. Par l'écartement, le polype est enlevé. Maxillaire remis en place et fixé par un fil d'argent placé sur les incisives.»

(1) *Boston méd. and. chir. journal*, 8 avril 1869.

DEUXIÈME PARTIE

De la résection temporaire totale du maxillaire supérieur et de l'os malaire.

C'est dans cette période, où la question des résections temporaires préoccupait vivement le monde chirurgical, que Jules Roux publia, dans la *Gazette des hôpitaux* (1), une nouvelle opération préliminaire sous le titre de : *Procédé par écartement des os maxillaires supérieurs.*

« Les polypes fibro-vasculaires à large implantation, à embranchements multiples constituent une lésion qui menace la vie des malades et qu'il est essentiel de combattre par tous les moyens que la chirurgie possède.

Dans les cas les plus simples, quand le polype est petit, pédiculé, mou, plus vasculaire que fibreux, on peut l'attaquer ou l'extraire par la bouche ou le nez à l'aide du broiement, de l'arrachement, de la ligature, de l'excision. Dans les conditions opposées, malheureusement les plus nombreuses, les voies naturelles sont insuffisantes ; il faut créer des voies artificielles par une opération préalable, et nous pensons, comme M. le Dr Verneuil, qu'ici les voies larges, les procédés prodigues sont préférables aux voies étroites, aux procédés parcimonieux. »

Et après avoir passé en revue les différents procédés exis-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 30 juillet 1861, p 354.

tant déjà, J. Roux propose le suivant, en le faisant précéder de l'observation du malade pour lequel il l'avait combiné.

L..., matelot de la *Zénobie*, entre à l'hôpital maritime de Toulon, le 21 février 1861. Il est âgé de 21 ans. Tempérament lymphatique ; constitution assez faible. Fait remonter à plus d'un an la gêne toujours croissante qu'il éprouve dans les fosses nasales.

Polype apparent dans la partie moyenne de la fosse nasale droite ; écoulement par le nez d'un liquide séreux, fétide ; légère exophtalmie à droite, pupille dilatée et vision troublée ; céphalalgie, éblouissements, marche vacillante faisant craindre un certain degré de pénétration du polype vers les centres nerveux. Narines imperméables à l'air, respiration buccale, déglutition gênée. L'arrière-gorge ne présente qu'une faible convexité du voile du palais. Les explorations faites de ce côté avec le doigt sont suivies d'un écoulement de sang assez abondant et amènent une inflammation et un abcès sur le bord adhérent du voile du palais.

Une première tentative d'extraction par la fosse nasale droite avait échoué et n'avait servi qu'à extraire l'embranchement gélatiniforme qu'on voyait dans cette cavité et à révéler par une hémorrhagie la nature fibro-vasculaire de la tumeur.

« Afin, dit J. Roux, d'atteindre aisément le polype sur les différents points de son implantation, je crus devoir renoncer à l'attaquer par les voies naturelles.

» Le procédé par écartement des os maxillaires supérieurs, que j'ai fréquemment étudié sur le cadavre, a pour but fondamental de pratiquer à la face une ouverture suffisante pour permettre d'agir librement dans le pharynx. On l'accomplit en incisant les parties molles, sans tailler de lambeau, en brisant les attaches des os, en les écartant avec les chairs qui les recouvrent de manière à ne rien retrancher, à remettre

tous les tissus en place après l'opération et à ne laisser que des cicatrices insignifiantes.

»Dans cette pensée, il faut :

»1° Considérer l'os malaire et l'os maxillaire supérieur qui le supporte comme ne formant qu'un seul et même os ;

»2° Inciser les parties molles dans les points seulement qui recouvrent les attaches de ces os avec le crâne et la face ;

»3° Briser ces attaches elles-mêmes ;

»4° Écarter les os détachés ;

»5° Enfin, après l'ablation complète du polype, rapprocher et maintenir en contact les parties dures et molles, momentanément écartées, pour permettre cette ablation.»

Procédé opératoire. — Il comprend cinq temps, dont les trois premiers au moins peuvent s'accomplir dans le sommeil chloroformique (1).

Premier temps. — Division de l'attache fronto-jugale ; incision transversale de 1 cent., intéressant les parties molles qui recouvrent l'apophyse orbitaire externe ; section de l'articulation fronto-jugale à l'aide du ciseau froid et du marteau ou de la scie à chaîne.

Deuxième temps. — Division de l'attache temporo jugale ; incision verticale de 1 cent. sur l'apophyse zygomatique ; section de l'articulation temporo-jugale avec la scie à chaîne ou le ciseau et le marteau.

Troisième temps. — Division de l'attache orbito-nasale

(1) Afin de se prémunir contre l'hémorrhagie toujours assez grande au moment où l'on attaque le polype, il est essentiel pendant l'opération préliminaire de ne passer d'un temps à un autre, qu'après avoir tari toutes les sources qui donnent du sang.

inférieure ; incision sinueuse des parties molles commençant à l'angle interne et inférieur de l'orbite, au-dessous du sac lacrymal, contournant l'aile du nez, la narine correspondante, et s'arrêtant au-dessous de la cloison, sur la ligne médiane, où la lèvre supérieure est ensuite fendue en totalité. Après cette incision, qui a détaché le côté correspondant du nez, section de la base de l'apophyse montante et de la cloison interne de l'orbite au niveau de l'angle inférieur de cette cavité, à l'aide de la scie à chaîne et du ciseau, ou de ce dernier instrument seulement.

Quatrième temps.— Division de l'attache ptérygo-maxillaire (parties molles et dures) à l'aide d'un ciseau, long de 20 cent., large de 25 millim. à son tranchant, directement appliqué de champ derrière la dernière dent molaire supérieure dans l'angle rentrant formé par la rencontre du sphénoïde, du maxillaire supérieur et de l'os palatin.

Cinquième temps.— Division de l'attache intermaxillaire ; incision transversale détachant à son insertion palatine la moitié du voile du palais correspondant à l'os maxillaire qu'on veut écarter ; avulsion de la première dent incisive du même os ; section de la voûte palatine sur le côté du raphé médian à l'aide de la scie à chaîne, introduite ici, comme partout ailleurs, avec l'aiguille de M. Roux (de Brignolles).

Les attaches osseuses ainsi divisées, on introduit, dans le trait de scie intermaxillaire, les mors fermés d'une pince plate et forte ; on l'ouvre avec lenteur et l'on écarte avec facilité les deux maxillaires. Le maxillaire détaché, mais toujours adhérent aux parties molles qui le recouvrent, est porté obliquement en haut et en dehors vers la fosse temporale, de manière à n'exercer sur l'œil aucune compression fâcheuse. On porte ainsi jusqu'à 10 centimètres environ l'in-

tervalle qui sépare les dents incisives des deux maxillaires supérieurs. Cet écartement est la base d'un cône dont le sommet tronqué est mesuré par l'espace compris entre l'apophyse ptérygoïde et le vomer. Enfin, si ce dernier espace par lequel les instruments sont manœuvrés dans le pharynx pouvait paraître trop étroit, on pourrait l'agrandir en enlevant avec des cisailles le vomer et en coupant l'apophyse ptérygoïde à sa base.

Enfin, après l'enlèvement du polype par l'un des procédés connus, il est facile de rapprocher et de maintenir en place les tissus écartés, à l'aide de la suture des parties dures et des parties molles.

Dans le cas où pour empêcher la récidive, malheureusement trop fréquente, des polypes naso-pharyngiens, on jugerait nécessaire de répéter les cautérisations sur le lieu d'implantation, il serait facile avant le rapprochement de pratiquer une ouverture permanente sur l'apophyse palatine de l'os écarté, d'après les idées de MM. Nélaton et Richard.

J. Roux ajoute: « Par l'exercice, on arrive à pratiquer en six minutes, sur le cadavre, le procédé d'écartement des maxillaires : je l'ai accompli de cette façon, il y a peu de jours, en présence de M. le professeur Huguier, à l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine navale de Toulon. Au besoin, on pourrait pratiquer l'écartement des deux maxillaires.»

Tout était disposé pour l'opération, les instruments préparés, les rôles distribués, lorsque le malade se refusa à se laisser opérer. Il partit et fut renvoyé chez lui, à Paris. En mai 1863 (1), il entra à l'hôpital des Cliniques, où Nélaton lui fit une résection définitive de tout le maxillaire.

(1) Bruslé. De la cure palliative des polypes. Thèse de Paris, 1878, Observation Frédéric Lebreton.

OPÉRATION DE SÉDILLOT

Quatre ans après, Sédillot pratiqua une opération analogue à celle décrite par J. Roux, mais en lui apportant quelques légères modifications, ainsi que le montre l'observation suivante (1):

L'opération de M. Sédillot fut pratiquée sur un enfant de 11 ans, le 31 juillet 1865, pour enlever une énorme tumeur fibreuse qui avait envahi, en moins d'une année, les fosses nasales, l'antre d'Hyghmore, la fosse temporale et l'arrière-bouche. Tout contact donnait la sensation d'une masse cartilagineuse et amenait une hémorrhagie. La compression avait déformé l'orbite, la tempe, le nez, le palais et était si forte qu'il avait été impossible de passer un stylet entre le polype et les tissus en contact.

M. Sédillot pratiqua une incision verticale sur le milieu du nez et de la lèvre supérieure qui fut entièrement fendue. Une autre incision, partant du sommet de la première, fut continuée le long du rebord orbitaire inférieur jusqu'à l'apophyse zygomatique. Il divisa avec le ciseau et le maillet, pour aller plus vite, l'apophyse montante du maxillaire, les angles orbitaires externe et interne, l'arcade zygomatique, la voûte palatine sur la ligne médiane, entre les dents incisives moyennes qui ne furent pas ébranlées, après avoir coupé les parties molles du raphé palatin avec un bistouri simple et le voile avec un bistouri boutonné, jusqu'auprès de la luette.

Un large ciseau, introduit sous le globe de l'œil, rompit la paroi inférieure de l'orbite et il devint assez facile de

(1) Médecine opératoire de Sédillot et Legouest 1870, t. II, p. 104.

luxer le maxillaire en dehors en l'écartant avec un levier. La tumeur blanchâtre, mamelonnée, très résistante, apparut dans tout son développement et fut arrachée de la voûte crânienne, puis de l'antre d'Hyghmore, après de violents efforts et après que plusieurs pinces eurent été forcées. Aucun des prolongements du polype ne se rompit, tant la consistance en était grande.

Des serres fines avaient été appliquées sur tous les vaisseaux accessibles pour diminuer la perte de sang qui était très considérable, mais aussitôt l'ablation de la tumeur achevée, l'hémorrhagie s'arrêta. On s'occupa du pansement, et déjà les deux maxillaires avaient été perforés pour être réunis par une suture métallique, lorsqu'une syncope eut lieu. On avait depuis longtemps suspendu l'administration du chloroforme. Le malade pâlit, son pouls cessa de battre, et rien ne put le ramener. On eut en vain recours à la transfusion du sang, à l'électricité, à l'électro-puncture du cœur, à la cautérisation ignée, à la bronchotomie, à la respiration artificielle pendant plus d'une heure, tout fut inutile. Le malade avait malheureusement succombé, malgré la plus active et la plus habile assistance de nombreux confrères. La tumeur pesait 97 grammes et supportait sans se rompre une traction de 50 kilogrammes.

OPÉRATION DE M. FONTAN.

M. le professeur Fontan (1) a eu dernièrement l'occasion de mettre en pratique le procédé de J. Roux « avec quelques modifications de détail, dans un cas rendu excessivement grave, tant par la suffocation imminente et les hémorrhagies à répétition, que par l'énorme volume de la tumeur. Il a pu

(1) Congrès français de chirurgie. séance du 17 mars 1888.

ainsi, avec la plus grande facilité, extraire tout le polype et obtenir sans aucune déformation de la face une guérison rapide. »

Voici le procédé opératoire employé:

Dans les trois premiers temps, division des attaches temporo-jugale, jugo-frontale et orbito-nasale, emploi du ciseau à froid pour la section des parties osseuses au lieu de la scie à chaîne; il en résulte une moindre étendue des incisions cutanées, une plus grande rapidité dans le manuel opératoire et des surfaces de section sans perte de substance. Quant aux esquilles, elles ne sont guère possibles qu'au niveau de l'apophyse montante ; avec un bon ciseau appliqué presque verticalement, on parviendra à les éviter sans peine.

Le quatrième temps est celui de l'écartement des deux maxillaires. Voici comment le décrit M. Fontan: «Je pratique la section par l'alvéole de la deuxième incisive, préalablement enlevée, à l'aide d'un ciseau à froid et après avoir divisé la muqueuse palatine avec le bistouri. Le ciseau placé obliquement produit une fissure qui vient tomber sur la suture intermaxillaire, et, en faisant ensuite levier avec l'instrument appuyé sur le côté sain, on soulève l'os déjà détaché de la plupart de ses commissures.» Par ce moyen, la voûte osseuse sous-nasale reste intacte, les sections cutanées et osseuses ne se correspondent pas, ce qui rend leur réunion plus facile, la dent enlevée n'est plus sur la ligne médiane, enfin et surtout, on arrive plus aisément à ébranler le maxillaire mobilisable, et, une fois l'opération terminée, on le maintient en place plus facilement par suite de l'espèce d'encadrement qui lui est ménagé par l'apophyse ptérygoïde en arrière, le maxillaire intact en dedans, l'os incisif en avant.

Au cinquième temps, division de l'attache ptérygo-maxillaire au moyen d'une gouge et du maillet.

Reste le voile du palais. J. Roux le divisait transver-

salement, afin d'en rendre plus facile la restauration. M. Fontan a substitué à cette incision la division totale médiane. Il en résulte deux principaux avantages : l'un immédiat, pendant l'opération on peut agir librement sur le prolongement pharyngien du polype sans être gêné par une bride transversale; l'autre appréciable dans les mois qui suivent l'opération, car la division du voile du palais, qu'on laisse persister, permet de surveiller les récidives et d'en pratiquer la cure lente si elles se produisent : « Une staphylorraphie ultérieure est toujours facile. »

Observation.

Stanislas, âgé de 16 ans, laboureur, est atteint de polype naso-pharyngien depuis 18 mois. Il a déjà subi 2 ou 3 résections partielles du prolongement nasal de son polype. Chacune de ces opérations a amené des hémorrhagies importantes. Il est adressé à M. Fontan le 8 août 1887.

Il présente le nez déformé, élargi à sa base, la narine droite distendue par une tumeur qui affleure à l'orifice, l'os propre du nez soulevé en tuile, la joue saillante ; pas d'exorbitisme sensible ni de diplopie. Le voile du palais est repoussé en avant, cylindrique, vertical et ne se laisse presque pas déprimer par la pression du doigt. Son bord inférieur enserre la langue, de telle sorte que la respiration ne peut se faire que par la bouche seulement et à l'aide d'un effort volontaire analogue à la nausée et qui déprime la langue. Cet effort, sans lequel il y aurait suffocation, empêche le malade de dormir; le polype fait du reste prolapsus dans le pharynx buccal qu'il remplit et descend jusqu'au niveau de l'orifice laryngien. Déglutition difficile, quelques gorgées de

liquide étant prises seulement de temps à autre. Ce jeune garçon, quoique fortement constitué, est tombé dans un état d'anémie extrême, avec couleur blanche des tissus, faiblesse et envie continuelle de dormir. La privation réelle de sommeil, la suffocation imminente, l'inanitiation graduelle et les hémorrhagies à répétition imposent absolument une opération immédiate et totale.

Le 3 septembre, M. Fontan procède à l'opération ; il est assisté de MM. les docteurs Cunéo, Olive, Bestion, Alix et Leclerc, auxquels les divers rôles ont été répartis

Le chloroforme est donné au début, afin de pouvoir au moins faire les sections extérieures sans douleur. Mais il amène une telle imminence de suffocation qu'on y renonce aussitôt. L'opération se fait suivant le procédé de J Roux, avec les modifications dont il a été parlé précédemment. La division du voile du palais a été faite verticalement et complètement sur la ligne médiane et cela pour deux raisons. D'abord, parce que la simple section transversale laisse le voile tendu devant le prolongement inférieur du polype et apporte ainsi une gêne considérable à son extraction ; en second lieu, parce qu'en laissant ainsi une division du voile du palais non restaurée dès la première heure, on se ménage une porte pour surveiller la récidive. Une staphylorraphie ultérieure est toujours facile à faire.

Le temps de beaucoup le plus pénible de l'opération a été la luxation et l'écartement du maxillaire. Il y a là beaucoup plus sur le vivant que sur le cadavre une résistance énorme à vaincre, venant sans doute de l'enclavement des prolongements polypeux dans l'antre d'Hyghmore, la cavité orbitaire et les méats des fosses nasales. Un levier puissant insinué dans la suture intermaxillaire, et le davier de Farabeuf saisissant fortement l'os à mobiliser, parviennent à opérer la luxation. Des pinces à pression sont jetées sur une dizaine

d'artères, particulièrement autour du nez et de la lèvre supérieure. A ce moment, le malade est très pâle, le pouls insensible, une grande quantité de sang a déjà été perdue. Injections sous-cutanées de 2 gr. d'éther et irrigation fréquente d'eau de Pagliari. Le polype qui apparaît alors dans toute son étendue porte, entre le lobe nasal et le lobe pharyngien, un mamelon gros comme une noix qui avait usé la paroi interne du sinus maxillaire et qui remplissait cette cavité, et deux autres lobules dont l'un remplissait le sinus sphénoïdal et dont l'autre avait déjà empiété sur la cavité de l'orbite. La base d'implantation du polype est très étendue et multiple; elle se fait à l'apophyse basilaire, à la face inférieure du corps du sphénoïde, à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, au cornet moyen et à la cloison des fosses nasales. Il est impossible de placer sur cette base un lien constricteur. C'est avec l'ongle qu'il faudrait pouvoir désinsérer; aussi est-ce sur l'ongle de l'index gauche qu'une longue gouge est conduite et pratique le décollement du pédicule. Pendant ce temps, de fortes pinces placées sur la tumeur opèrent des tractions énergiques. Une volumineuse portion du polype est ainsi arrachée, mais le prolongement inférieur reste en place et nécessite de nouvelles tractions. Il est enfin extrait.

A ce moment, nouvelle alerte: syncope, injection d'éther, tête basse, etc.; le pouls reparaît.

En explorant attentivement la vaste cavité que s'était façonnée le polype et spécialement l'apophyse basilaire, on ne voit pas de source d'hémorrhagie inquiétante. Toutefois, le thermo-cautère est promené sur les parties saignantes et la toilette est faite en injectant de la solution au bichlorure de mercure et en enlevant les caillots et les débris osseux.

Dans les parties molles de la face, on place six à huit liga-

tures au catgut, puis les parties sont rapprochées. Un point d'argent est posé sur l'apophyse montante du maxillaire, un autre sur la base du voile du palais et une ligature du même fil fixe la dent canine du côté opéré à la première incisive. La deuxième incisive qui avait été avulsée est replacée dans son alvéole, mais elle y est difficilement maintenue et cette greffe finit par échouer.

Dix-huit points de suture de soie réunissent les parties molles de la face ; une cale de liège est poussée entre les deux molaires. Enfin, une sonde rouge N° 20 est placée en demeure dans la narine gauche. 30 grammes de rhum étendu d'eau sont injectés de suite par cette sonde. Pansement au bichlorure. Mentonnière serrée.

Le même jour, à 2 heures, le malade est tranquille, il sommeille. Pouls petit à 140. Respiration à 25. A 4 heures, somnolence. T. 37°8 ; pouls 128 ; respiration 44.

7 heures. Le malade s'est réveillé, il se lève sur son séant pour demander à boire. Ne souffre nullement. Va à la selle. Il a absorbé dans la journée, par la sonde, 500 gr. de bouillon, 80 gr. de jus de viande, et il s'humecte la bouche avec du grog.

4 septembre. État agité ; inquiet. Pas de souffrance spéciale. Pouls mou, tremblant, à 140 ; temp. 38°2 ; resp. 28. Il consomme dans cette journée, par la sonde, un demi-litre de vin, un demi-litre de lait, un litre de bouillon.

5. État général excellent. Pouls 116. Temp. 37°8. Resp. 24. On enlève les fils de soie à la face. Aucune tension, aucune rougeur de la joue. Réunion immédiate obtenue partout. Léger gonflement de la paupière inférieure ; photophobie. On retire la sonde nasale et l'on administre au biberon les aliments liquides.

8. État toujours très bon. On s'aperçoit que les cales intermaxillaires se sont dérangées et que par suite le maxillaire mobile descend plus bas que l'autre. On remplace ces

cales de liège par deux petites gouttières en gutta-percha.

Les jours suivants, le pouls et la température baissent, celle-ci étant à 37° à partir du 10 septembre.

23. Le 20me jour, le malade a repris ses forces, il se lève depuis plusieurs jours et s'apprête à regagner son pays. Il persiste, au niveau de l'apophyse montante du maxillaire, un petit point osseux nécrosé qui donne lieu à une fistulette. Partout ailleurs, autour du nez, à la lèvre, au palais, la cicatrice des parties molles est parfaite et presque invisible. Le maxillaire n'est plus retenu que par le fil d'argent des incisives, car les cales de gutta-percha n'ont pu être maintenues en place. Mais il a pris, ces derniers jours, une grande fixité qui permet de mâcher des aliments tendres.

23 octobre. Le 50me jour après l'opération, le jeune garçon vient se montrer : aucune trace de repullulation, consolidation de la mâchoire qui conserve encore une mobilité obscure, mais qui sert pourtant à mastiquer des aliments quelconques. Le fil d'argent est enlevé.

6 décembre. Point de récidive; maxillaire supérieur absolument solide; aucune trace de nécrose ou d'ostéite.

Mars 1888. Le jeune S... ne présente toujours aucun bourgeonnement suspect dans son pharynx. Il doit revenir dans quelque temps se faire pratiquer la staphylorraphie.

Juin. L'examen du pharynx nasal montre une nouvelle prolifération polypeuse : cautérisation au chlorure de zinc au moyen d'une seringue à aiguille tubulée et courbe.

10 octobre. A cette époque, bien qu'il ne se soit rien reproduit, la staphylorraphie est ajournée par mesure de prudence.

Le polype pesait 103 grammes et l'analyse histologique a montré qu'il était formé de tissu fibreux.

TROISIÈME PARTIE

Du procédé de J. Roux comparé aux autres résections temporaires.

CONDITIONS QUE DOIVENT REMPLIR LES RÉSECTIONS TEMPORAIRES

Le but des opérations préliminaires dans le traitement des polypes naso-pharyngiens est de faciliter ou de rendre possible l'opération fondamentale, en créant une voie artificielle. L'opération fondamentale s'exerce dans des conditions pathologiques particulières qui s'imposent au chirurgien, limitent son action et défient souvent la sagacité de son diagnostic. Il n'en est pas de même de l'opération préliminaire qu'il dirige comme il l'entend, mais toujours de manière à lui faire produire la plus grande somme d'avantages avec le minimum d'inconvénients.

A quelles conditions l'opération préliminaire sera-t-elle le plus avantageuse, dans le cas qui nous occupe? On devra d'abord, pour avoir le maximum d'avantages, toutes choses égales d'ailleurs, s'ouvrir une voie large, directe, qui permette d'agir rapidement et sûrement, d'arriver à l'implantation du polype et de ses prolongements, et de le faire sortir sans difficulté (1). «Les chances de guérison radicale primitive paraissent en raison directe des sacrifices ; ce qui vient à dire que les opérations préliminaires les plus

(1) Verneuil. Société de chirurgie 1860.

barbares en apparence, celles où l'on associe les larges incisions avec les larges résections, puis le fer avec le feu, celles où le sang coule à flots pendant un laps de temps assez court, mais terrible, offrent précisément les plus grandes chances de réussite.»

Mais, en usant d'un procédé «prodigue», on n'oubliera pas qu'il faut éviter toute difformité consécutive stigmatisant le visage ou exigeant ultérieurement l'intervention de l'anaplastie ou le secours de la prothèse. Si cette considération doit le céder à la première, elle n'en a pas moins une grande importance; c'est elle du reste qui nous permet de ne retenir, parmi les opérations préliminaires, que les résections temporaires. Elle devra néanmoins se concilier avec la nécessité suivante:

Il convient de laisser une porte ouverte qui permette de surveiller les récidives et d'en entreprendre la cure palliative, si elles venaient à se produire.

En cherchant à retirer de l'opération préliminaire la plus grande somme d'avantages possible, il ne faudra pas négliger de réduire les dangers au minimum. La question présente, en effet, deux côtés qui sont en opposition complète, et la conduite à tenir est souvent bien délicate, bien difficile. L'expérience est alors bonne conseillère, mais il est aussi des connaissances théoriques qui doivent inspirer l'opérateur; nous allons voir dans cette étude où l'on peut puiser les éléments nécessaires à la solution de ce problème. Nous aurons toujours présent ce double point de vue de la question, qui nous explique la marche historique du traitement des polypes et les divergences qui divisent encore aujourd'hui, sur ce sujet, les Maîtres de la chirurgie contemporaine.

Ainsi voie large et rapide, mais avec le moins de danger possible, restauration parfaite, mais avec possibilité de surveiller les récidives, tels sont les desiderata formulés par les

chirurgiens. Nous allons juger des efforts tentés pour les satisfaire.

I.— NÉCESSITÉ D'UNE VOIE LARGE.

«Les méthodes opératoires qui tendent à se généraliser dans le traitement des polypes naso-pharyngiens doivent se constituer non seulement au point de vue de l'implantation possible du polype, mais aussi et très expressément au point de vue des embranchements possibles de celui-ci (1).»

De là ressort pour une telle méthode la nécessité d'ouvrir une voie large qui rende accessible à la vue et au toucher les divers sinus de la face. Il ne suffit pas d'atteindre directement le pédicule et d'éviter les morcellements de la tumeur qui sont une source abondante d'hémorrhagie, il faut pouvoir en poursuivre les prolongements. D'un autre côté, s'il se produit une perte de sang, il devient alors plus facile d'en découvrir l'origine et de l'arrêter. Un exemple intéressant nous est fourni par une observation de Verneuil. «Le polype venait d'être arraché, lorsqu'on vit partir de l'angle inférieur et externe de la plaie profonde un flot de sang noir, et l'on put croire un instant que la source en était dans l'artère sphéno-palatine. Toutefois, le point d'où venait le sang était situé trop bas pour qu'on pût lui assigner une semblable origine. Un doigt porté dans la cavité reconnut un gros lobe du polype qui avait échappé à l'arrachement et qui donnait du sang; le lobe enlevé, l'hémorrhagie cessa (2).» On avait employé la résection totale.

Voyons comment les diverses méthodes remplissent cette première condition.

(1) Chassaignac. Soc. de chirurgie, 16 juillet 1873.
(2) *In* Kirmisson, p. 98.

Voie palatine.— Nous aurons principalement en vue les procédés d'Huguier et de Dézanneau, qui ont seuls été employés sur le vivant.

La voie palatine ouvre une route assez étroite. L'axe du conduit dont cette ouverture forme l'entrée est oblique d'avant en arrière et de bas en haut; il serait direct, néanmoins, dans les procédés de MM. Goguel et Chalot. Elle ne montre pas les différents points d'implantation du polype; par suite, elle ne conduit directement sur le pédicule que s'il s'insère à l'apophyse basilaire et si le polype est petit. Quand il atteint un certain volume, même dans le cas d'insertion à l'apophyse basilaire, on ne peut l'atteindre que par morcellement et en commençant par la base; de là une hémorrhagie souvent difficile à tarir.

En repliant dans la bouche les parties mobilisées, l'ouverture est masquée en partie, les mouvements de l'opérateur sont gênés, la respiration et la déglutition deviennent difficiles, inconvénient d'autant plus grave que le sang qui remplit la bouche et le larynx fait courir au malade les plus grands risques de suffocation, si ce dernier ne peut l'avaler (1). On n'a guère alors de la méthode palatine que les inconvénients. Enfin, on détermine, en coupant l'apophyse ptérygoïde, une hémorrhagie de la palatine supérieure.

Dans la première opération faite par Huguier, le polype inséré à la surface basilaire fut radicalement extirpé; mais, des deux observations de M. Dézanneau, le premier malade opéré deux fois suivant ce procédé, mourut un an après la deuxième opération avec des symptômes cérébraux; le second, six mois après l'extirpation d'une tumeur fibro-plasti-

(1) Heyfelder-Bœckel, p. 229.

que du sinus maxillaire gauche, mourut d'une méningite; à l'autopsie, on trouva une tumeur cancéreuse développée dans le sinus sphénoïdal et faisant saillie dans la cavité crânienne.

L'opération de M. Dézanneau fut répétée par Dolbeau qui déclare (1) qu'elle lui a donné très peu de jour et qu'il aurait été fort gêné s'il avait eu à extirper une masse plus volumineuse et si l'implantation s'était faite à la base du crâne. Son malade mourut 5 jours après l'opération; la nécropsie montra un amincissement des sinus frontaux et ethmoïdaux, qui étaient remplis de masses polypeuses d'un blanc rosé, analogues à celles qu'on avait extirpées.

De ces faits, l'on peut conclure que si la voie palatine est la plus directe pour arriver à l'apophyse basilaire, elle laisse par trop dans l'obscurité les parties antérieures de la base du crâne.

Voie nasale.— L'orifice cordiforme des narines que l'on découvre en enlevant les parties molles du nez est transformé en orifice rectangulaire par les sections osseuses qui agrandissent d'un centimètre les diamètres transverse supérieur et vertical. L'ouverture, ainsi produite, a une grandeur moyenne de 5 centimètres de haut sur 25 millimètres de large chez l'adulte. « Même en enlevant les cornets, on voit difficilement au fond du pharynx (2) et l'on ne peut guère passer qu'un doigt (3). » Déjà chez les adultes, « quand on pratique cette méthode sur un cadavre et qu'on choisit des sujets à nez étroit, il semble qu'on doive être gêné dans les mouvements d'extraction du polype (4) » ; or, si nous rappelons que les polypes se développent surtout chez les adoles-

(1) Société de chirurgie 1862. *Gaz., des hôp.*, p. 530.
(2) *in* Kirmisson, p. 62.
(3) Médec. opér., Malgaigne et Lefort, 8me édit., t. II, p. 186.
(4) Ollier, Soc. de chirurg., 16 juillet 1873.

cents, il faut reconnaître que cet orifice, déjà insuffisant, sera d'autant plus réduit que le sujet sera plus jeune. Ajoutons que, dans certaines conformations du palais, quand l'ogive est très prononcée, le pharynx nasal devient si étroit qu'il ne permet pas de se mouvoir (1).

Ici, comme dans la voie palatine, on ne découvre que la partie antérieure du polype s'il est volumineux et on se trouve dans la nécessité de l'attaquer par morcellement. Cependant, on obtient un jour plus grand, en général, sur le vivant que sur le cadavre, car souvent le polype a détruit ou écarté les os. On reconnaît, en outre, à ce procédé divers avantages: la distance de l'orifice à la surface basilaire est plus grande que dans les procédés palatins, mais on y arrive tout aussi directement, ce qui permet de tirer contre soi; l'exploration des parois latérales de la cavité nasale est plus facile; si l'ouverture est insuffisante, on peut la compléter par des résections partielles du maxillaire; enfin, la cure lente est possible si on se trouve arrêté dans le cours de l'opération, mais cet arrêt n'aurait pas lieu bien souvent si une voie plus large avait permis d'attaquer aisément le polype: la cure lente n'est alors qu'un pis-aller à la suite d'une opération incomplète.

Des faits de ce genre ne sont pas rares. Chassaignac en cite plusieurs (1): l'un dû à M. Giraldès; trois autres rapportés par Bruns, de Thubingue, qui dut attendre 3, 11 et 21 jours, l'hémorrhagie l'obligeant chaque fois à laisser l'opération inachevée. La thèse de Delphy (3) nous en présente un nouvel exemple: M. Grynfeltt avait employé un procédé nasal à fente dorsale; «plusieurs tentatives d'arrachement

(1) Soc. de chirurg., Verneuil 4 janvier, Legouest 11 janvier 1860.
(2) Société de chirurgie, juillet 1873.
(3) Delphy. Traité des polypes naso-pharyng. par la méthode nasale. Thèse de Montpellier.

furent faites, mais toujours d'une manière à peu près infructueuse ; on ne retirait que de petits fragments de la tumeur ; cependant, le malade perdait beaucoup de sang, sa face devenait pâle et surtout il se refusait à toute nouvelle tentative d'extraction.» On employa la ligature, les pinces de Legouest, puis de nouveau les pinces à polypes. On fit, à 6 jours d'intervalle, deux applications de pâte de canquoin ; plus tard, nouvelles séances d'arrachement. Au bout de 2 mois, la tumeur était réduite au tiers; mais le malade, fatigué d'un long séjour à l'hôpital, demanda son exeat. On le laissa partir sans faire l'autoplastie «pour permettre de surveiller l'accroissement du polype.»

L'insuffisance de la voie choisie peut avoir des résultats autrement funestes. M. Dumesnil, de Rouen, en rapporte un exemple personnel.

Il avait employé la voie nasale et le malade était mort quelques heures après l'opération (1). «Dans ce cas, il y avait, à mon avis, indication d'employer un moyen radical; car le polype, dont le début ne paraissait pas remonter beaucoup au delà de 6 mois, avait déjà amené des épistaxis abondantes et une tentative d'arrachement du prolongement nasal avait amené une hémorrhagie. Séduit par la simplicité apparente du procédé d'Ollier et par un brillant succès que j'avais constaté sur un malade au service de ce chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'opérai suivant ses données. Le résultat fut fatal et le choix du procédé ne fut pas étranger à la mort. Dans cette opération on aborde, en effet, la tumeur par sa partie antérieure, de telle sorte que, si un prolongement un peu considérable remplit la fosse nasale, il faut commencer par le détruire avant d'arriver au pédicule. Or, la perte de sang dans ce temps de l'opération peut suffire

(1) Soc. de chirurg., 18 juin 1873.

pour amener la mort, comme chez mon malade. Le sang ne coulait plus quand j'arrivai à détruire la tumeur, et cependant il a succombé à l'hémorrhagie. Un procédé qui permet d'arriver au pédicule latéralement et de l'attaquer d'emblée me paraît plus sûr.

»Je crois, en outre, qu'avec le procédé d'Ollier, il doit souvent être très difficile d'arriver à l'extraction des prolongements que le polype peut envoyer dans les différentes cavités de la face.

»La mort a eu lieu par hémorrhagie et non par introduction de l'air dans les voies aériennes, comme l'a montré l'autopsie. »

Voici un fait qui confirme l'opinion de M. Dumesnil sur la difficulté que l'on éprouve à explorer les différents sinus. M. Ollier, lui-même, un mois après une opération de ce genre, fut obligé de faire une incision sur la paroi interne de la joue pour enlever un prolongement ptérygo-maxillaire; on en voit un autre exemple dans la thèse de Delphy.

Voie maxillaire partielle.— Au sujet de la résection partielle du maxillaire telle que l'ont pratiquée Lengenbeck et Bœckel, l'on trouve dans la thèse de Goguel les diménsions suivantes pour les lignes d'incision des parties molles (1):

Incision cutanée horizontale supérieure 0,048 mill.
— — inférieure 0,090 —
— verticale — 0,050 —

D'après ces données, on aurait une voie très satisfaisante. Mais si l'on mesure sur plusieurs crânes l'ouverture osseuse, comme nous l'avons fait, on trouve tout au plus:

Diamètre transversal moyen 0,020 mill.
— vertical — 0,030 —

(1) Goguel, *loc. cit.*, p. 80.

Mathias Duval donne dans sa thèse (1) le résultat de mensurations analogues: ses chiffres sont encore légèrement inférieurs aux nôtres. Ces mesures prises sur des adultes seront réduites si l'on opère sur des adolescents, comme c'est le cas le plus fréquent.— L'incision supérieure arrive au niveau ou légèrement au-dessus du cornet inférieur; on est obligé pour voir la base du crâne de détruire les autres cornets et une partie de la cloison. Par cette ouverture, de dimensions inférieures à celles de la méthode nasale, on manœuvre difficilement et on ne peut procéder que par arrachements successifs. Voici qui le démontre (2);

Le lambeau ostéo-cutané venait d'être soulevé. « La cavité qu'on avait sous les yeux n'était point aussi spacieuse qu'on pouvait le supposer; elle ne paraissait guère dépasser le volume d'une petite noix. Au fond de la plaie, après avoir étanché le sang qui déjà commençait à couler avec abondance, on découvre une première masse grisâtre que l'on amène au dehors par un léger mouvement de traction. Dès ce moment, l'hémorrhagie devient extrême, il faut se hâter.

»Pendant tout le temps de l'opération, le sang coule en abondance, et, vers la fin, une quantité assez considérable de caillots accumulés dans l'estomac est rendue par vomissement. Le malade, complètement exsangue, les extrémités froides, sans pouls radial, est rapporté presque inanimé sur son lit.»

Encore un fait qui prouve à l'évidence l'insuffisance de cette méthode, fait communiqué à M. Fontan par M. le docteur Jeannel, de Toulouse. Ce chirurgien opérant, suivant le procédé de Bœckel, un polype naso-pharyngien assez volumineux, se vit dans l'obligation, en présence de

(1) Mathias Duval, thèse de Strasbourg 1869.
(2) Goguel, *loc. cit.*, p. 74. Observ. de Trélat.

l'étroitesse de la voie, de l'abondance de l'hémorrhagie et des dangers que courait le malade, de transformer sa résection temporaire en résection totale définitive.

Résection temporaire totale.— Cette méthode ouvre une voie moins large que la résection totale définitive, car la pièce osseuse conservée diminue les dimensions de l'orifice. Mais, étant donné que le pharynx nasal n'a guère que 3 centimètres de haut sur 3 centimètres de large, on y manœuvre facilement avec une ouverture qui mesure près de 10 centimètres entre les deux segments de l'arcade dentaire supérieure et presque autant de l'orbite à l'arcade dentaire inférieure. De plus, c'est un procédé rapide, car toutes les sections osseuses sont faites au ciseau à froid.

Par cette vaste plaie, on dirige sans peine, du doigt et de l'œil, les instruments introduits par la face ou par la bouche, on peut poursuivre les prolongements, attaquer avec le cautère ou la rugine toutes les racines, toutes les adhérences primitives ou secondaires, surprendre l'origine des hémorrhagies et les arrêter. L'application des instruments étant plus facile, on saisit mieux le polype, les tractions se font avec plus de sûreté, l'extraction devient possible en une seule fois, et ceci n'est pas un détail, car, en évitant le morcellement, on économise le sang du malade. Le pédicule est plus accessible qu'avec toute autre méthode si l'on veut employer la ligature ou l'écrasement. Enfin, dans le cas où cette brèche énorme serait encore insuffisante, on pourrait couper les cornets, le vomer, l'apophyse ptérygoïde, récliner même le nez sur le côté sain avec d'autant moins de difficulté qu'il n'y aurait à sectionner que les os nasaux.

En somme, il nous paraît résulter de ce qui précède que si les diverses méthodes partielles trouvent leur application

particulière dans certains cas, elles ne sauraient convenir lorsque le polype forme une tumeur volumineuse à évolution rapide, à tendances hémorrhagiques, à prolongements multiples masquant les cavités nasale et pharyngienne et empêchant l'accès du pédicule. Dans ces cas, où une action radicale s'impose et où l'on reculait cependant devant les suites pénibles d'une résection définitive, les résections partielles présentent autant de difficultés que de dangers et l'opération de J. Roux nous semble uniquement indiquée.

II.— DES DANGERS DANS LA CURE RADICALE

« L'expérience démontre, non sans provoquer la surprise, que si l'on met de côté les difformités consécutives et les chances de guérison radicale pour ne placer dans la balance que le salut des opérés, les méthodes douces et les opérations préliminaires restreintes paraissent entraîner avec elles plus de dangers (1).»

En effet, si l'on consulte les statistiques de Robin Massé, de M. Ollier, de Michaud (de Louvain), de Lincoln, on constate que la mortalité est à peu près la même pour les différents procédés. On peut objecter qu'en pareille matière, les statistiques ne peuvent rien démontrer; que souvent, comme on l'a dit, elles ne sont que des statistiques des cas heureux; néanmoins, ce fait que la mortalité n'est pas plus grande avec un aussi vaste délabrement que l'arrachement d'un maxillaire, étant donné surtout que ce procédé n'est employé que dans les cas les plus graves, ce fait, dis-je, n'a rien qui ne puisse s'expliquer.

Dans la cure radicale, les dangers proviennent de sources

(1) Verneuil, Société de chirurgie.

différentes; l'opération préliminaire peut être incriminée quelquefois; mais, généralement, c'est l'opération fondamentale qui est meurtrière.

Dangers de l'opération préliminaire. — L'hémorrhagie est, sans conteste, l'accident le plus sérieux qui survienne dans la cure des polypes. Or, quelle est l'hémorrhagie réellement à craindre dans l'opération préliminaire? N'a-t-on pas sous la main tous les vaisseaux divisés? Ne peut-on pas immédiatement et facilement pratiquer une hémostase certaine? Ces hémorrhagies contribuent, il est vrai, à affaiblir le malade, et, à ce point de vue, elles ont leur faible part dans les issues funestes; mais elles ont exceptionnellement amené à elles seules une terminaison fatale. Pour prendre un exemple, la résection totale, faite pour toute autre cause que l'extraction des polypes, ne donne pas un écoulement de sang bien inquiétant: tous les chirurgiens ont pu le constater. La seule perte de sang bien sérieuse ne se produit guère que dans la section du voile, mais cet accident est rare; on n'en cite que deux cas, dont un amena la mort (1). Du reste, Tillaux (2) fait remarquer qu'il existe si peu de vaisseaux sur la ligne médiane que la division du voile peut être faite en ce point presque à blanc avec le bistouri. Toute chance d'hémorrhagie sera encore diminuée si l'on emploie le thermo-cautère, comme l'a fait Verneuil. Notons que, dans la résection totale du maxillaire, les moyens d'hémostase deviendraient en cette circonstance d'une application presque aussi facile que sur la face.

On a reproché à la résection complète du maxillaire de pouvoir déterminer une rupture de la maxillaire interne.

(1) Kirmission, *loc. cit.*, p. 158.
(2) Tillaux. Anat. topograph., 4e édit., p 113

Cette objection ne s'appliquer pas à l'opération de J. Roux; ici, en effet, pas d'arrachement; par conséquent, la maxillaire ne pourrait subir tout au plus qu'une torsion légère à laquelle une artère résistera toujours.

Dangers de l'opération fondamentale. — Si l'hémorrhagie est rarement le fait de l'opération préliminaire, par contre elle est très fréquente dans l'opération fondamentale. Nous croyons l'avoir démontré plus haut. On voit alors le sang coulant à flots inonder l'arrière-gorge, suffoquer le malade, déterminer des efforts violents de toux et d'expuition, remplir la bouche, masquer la plaie et forcer l'opérateur, couvert de sang, à interrompre l'opération. Pendant ce temps, le malade, souvent anémié par des épistaxis fréquentes, affaibli par de nombreuses journées de souffrance et des nuits sans sommeil, se trouve bientôt à bout de forces; son pouls faiblit, la face et les muqueuses pâlissent, la syncope arrive qui peut déterminer la mort, quand celle-ci n'est pas le résultat immédiat de l'hémorrhagie.

La mort peut être due à la pénétration du sang dans les voies aériennes, à l'épuisement sanguin ou nerveux du malade. Pour combattre le premier cas, on a varié les positions à donner au malade, réglé l'emploi du chloroforme aux premiers temps de l'opération, inventé des canules-tampons que l'on introduit dans le larynx ou même dans la trachée que l'on a ouverte. Pour prévenir ou réparer la perte du sang, on a exercé la compression des carotides, des faciales, lié la carotide externe (1), employé la transfusion du sang ou de sérum artificiel. Enfin, contre le choc nerveux, on n'a que le chloroforme, dont l'emploi pendant tout le temps de l'opération entraîne la trachéotomie préalable.

(1) Lannelongue. Société de chirurgie, 13 décembre 1873.—Dumesnil, 18 juin 1873.

Mais ce qui donnera les meilleurs résultats, ce sera l'emploi d'une voie large qui permettra d'éviter les morcellements du polype, d'arriver plutôt au pédicule et d'abréger ainsi le temps de l'extraction, d'enlever les prolongements qui donnent lieu à un écoulement de sang souvent abondant, de voir les sources de l'hémorrhagie, de faire une hémostase rapide, de ne laisser aucun point qui puisse, dans les jours qui suivent, devenir la source d'une hémorrhagie secondaire.

Péan cite le cas d'un de ses malades qui, opéré suivant la méthode nasale, mourut d'hémorrhagie secondaire dans les jours qui suivirent l'opération.

III. — RESTAURATION DES PARTIES DÉPLACÉES

Nous allons voir dans ce paragraphe ce qui a trait aux parties déplacées et à leur fonctionnement.

Résection totale définitive. — La résection définitive du maxillaire que l'on emploie le plus souvent dans les cas de polypes à forme hémorrhagique et à embranchements multiples donne une réunion facile des parties molles, mais laisse à sa suite des stigmates indélébiles qu'il serait barbare de ne pas épargner au malade. Sans parler des cicatrices étendues et apparentes, il existe une paralysie plus ou moins marquée d'un des côtés de la face ; si on n'a pas respecté le rebord orbitaire, comme le veut Chassaignac, il y a chute et déviation du globe oculaire, production de fistules lacrymales. Du côté de la bouche, privée d'une moitié de la voûte palatine et de l'arcade dentaire, le malheureux est voué à de pénibles infirmités qui viennent troubler les fonctions de la phonation et des premiers temps de la déglutition.

Dans le but de réduire ces désordres, on a décollé le pé-

rioste de l'os à enlever pour permettre à cet os de se reproduire et de restituer aux parties molles leurs formes normales, mais ces essais sur la face auraient (1) « seulement montré avec quelle tenacité certains esprits s'attachent à leurs illusions. » M. Richet a présenté à la Société de chirurgie des opérés dont la face était au moins aussi régulière que celle de ceux à qui on croyait avoir conservé un périoste régénérateur (2).

De nombreuses modifications ont été proposées dans le même but. C'est ainsi, avons-nous dit, qu'on a respecté le rebord orbitaire.

M. Létiévant (3) a établi un trépied de support des parties molles en taillant trois aiguilles osseuses : l'une orbito-malaire, les deux autres comprenant le rebord orbitaire et la base de l'apophyse montante d'une part, l'os incisif et la voûte palatine d'autre part. Enfin, pour ne pas avoir de cicatrices, Jackson (4) procède à la résection sans faire d'incisions cutanées.

Voie maxillaire. — Le procédé Bœckel-Lengenbeck permet de ne pas toucher à l'arcade dentaire, à la voûte palatine, au voile du palais; il conserve leur soutien aux parties molles de la face; mais la réunion ne se fait pas toujours facilement, la nutrition du lambeau étant mal assurée. On coupe, en effet, la sous-orbitaire et la faciale, ou bien la sous-orbitaire et la transverse. Chez un malade de Bœckel, mort 32 jours après l'opération, la consolidation n'était pas encore commencée et

(1) Médecine opératoire de Sédillot et Legouest, t. II, p. 111.
(2) Société de chirurgie, 14 mars 1864.
(3) *Lyon médical*, 13 et 23 septembre 1877.
(4) Résection du maxillaire sup. gauche sans incisions extér. Jackson. *Brit. med. Journ.*, 6 octobre 1878.

une partie de l'os était nécrosée (1). Il peut se produire une altération plus ou moins grande des traits. La cicatrice est fort visible, malgré la modification apportée par Trélat, dans le but d'éviter le canal de Sténon et de reporter la cicatrice dans la moustache.

Voici, du reste, l'observation du malade de Trélat (2) : « A la sortie du malade, plus d'un mois après l'opération, la paupière inférieure droite est légèrement tuméfiée, la sensibilité est obtuse dans le quadrilatère limité par les incisions. Elle est aussi un peu diminuée dans la paupière inférieure, dans l'aile droite du nez et dans la moitié droite de la lèvre supérieure. La commissure labiale du même côté est abaissée ; ce signe est le seul qui, dans le repos de la face, indique une paralysie des muscles faciaux, mais lorsqu'on fait grimacer le visage, l'aile du nez et la commissure droite des lèvres restent immobiles. »

Voie nasale. — Dans les procédés nasaux, la réunion se fait rapidement et avec régularité, malgré les craintes que pourrait inspirer le poids du nez ; un malade a pu se moucher quatre jours après l'opération, sans qu'il en soit résulté des inconvénients. Le procédé le plus parfait au point de vue de la nutrition du lambeau est celui d'Ollier. Mais Chassaignac (3) lui reproche la cicatrice qui encadre le nez et qui lui donne l'apparence d'un appareil de prothèse. Cet aspect doit être encore plus marqué lorsqu'on a laissé le lambeau déplacé pendant un certain temps ; on est obligé, dans ce cas, avant de le remettre en place, de couper le bord des lamelles osseuses pour faciliter la réunion ; parfois même l'affrontement des lèvres de la plaie ne devient possible que grâce à

(1) Goguel, *loc. cit.*, p. 69. — Péan, Cliniques, t. II, p. 125.
(2) Goguel, *loc. cit.*, p. 76.
(3) Société de chirurgie, 16 juillet 1873.

une incision libératrice. Le cal fibreux est formé vers le 15me jour et le col osseux au bout de quatre à six semaines.

Voie palatine. — Dans l'opération de Huguier, la partie alvéolaire du maxillaire qui est déplacée n'est adhérente au reste de l'os que par la muqueuse du palais ; de là certaines chances de nécrose. La division au ciseau à froid des parois si minces du sinus maxillaire ne se fait pas sans des éclats et des enfoncements des lamelles qui forment cette cavité (procédé Dézanneau) ; on s'expose ainsi à avoir des esquilles et, par suite, des décollements, des nécroses. Enfin, la coaptation est difficile et l'on n'a pu obtenir la réunion chez le malade de Huguier. Malgré l'ingéniosité déployée par ce dernier et par Morel Lavallée, le maxillaire resta mobile. Un an après l'opération, le malade avait été présenté à l'Académie de médecine comme guéri. M. Desprès (1), qui le revit quelques années plus tard, annonça à la Société de chirurgie qu'après la guérison du polype, les dents s'étaient cariées, le maxillaire était resté mobile et le malade, qui ne pouvait se servir de sa mâchoire, était dans de moins bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique.

Résection temporaire totale. — Au sujet du procédé de J. Roux, des doutes avaient été émis sur la nutrition des parties déplacées. « Le maxillaire est tellement isolé que sa vitalité pourrait bien être compromise d'une façon sérieuse (2). » Tillaux (3) voyait là un motif suffisant pour repousser ce mode de résection.

(1) Société de chirurgie, 31 janvier 1866.
(2) Médecine opératoire de Malgaigne et Lefort, 8e édit., p. 185.
(3) Tillaux. Clinique chirurgicale p. 267..

L'observation que nous publions dissipe toutes ces craintes : le 20me jour, le maxillaire a une fixité assez grande pour permettre de mâcher des aliments tendres, et, moins de trois mois après l'opération, la fixité était complète. Peut-être pourrait-on obtenir des résultats plus rapides encore en préparant à l'avance un moule de gutta-percha, car les cales de liège et les moules de gutta-percha préparés après coup ne purent être maintenus en place. Quant à la réunion des parties molles, elle s'est faite partout par première intention ; il ne s'est produit qu'une fistulette au niveau de l'apophyse montante, par un point osseux nécrosé. La cicatrice, cachée dans les sillons naturels de la face, est insignifiante.

IV.— SURVEILLANCE ULTÉRIEURE AU POINT DE VUE DE LA RÉCIDIVE

« J'adresse à tous les procédés le reproche de ne pas permettre d'examens ultérieurs, et je préfère avoir recours à l'excision de la voûte palatine (1). » Ce reproche était jusqu'à ce jour absolument fondé. Cependant, comme les récidives sont malheureusement trop fréquentes à la suite des opérations radicales, il est du plus haut intérêt de pouvoir surveiller le point d'implantation du polype pour couper court à toute repullulation.

Voie palatine et maxillaire.— Dans la méthode buccale, je ne parle pas, bien entendu, des boutonnières palatines ou de la fente du voile, méthodes préconisées par l'école de Nélaton et qui sont des opérations temporaires et non des résections, dans la méthode buccale et dans les résections partielles du

(1) Dolbeau. Société de chirurgie, 5 nov. 1862.

maxillaire, il ne reste après la restauration aucun moyen d'inspection possible.

Voie nasale.— Dans cette voie, on a bien pu laisser béante l'ouverture nasale pendant quelques semaines, mais en imposant au malade une difformité considérable pendant tout ce temps ; encore est-on obligé de pratiquer la restauration du nez à un moment donné, moment qui est toujours trop rapproché si l'on songe que les récidives ne se produisent souvent qu'une ou plusieurs années après.

Résection totale définitive.— Ce procédé entraînant la perte d'une moitié de la voûte palatine rend possible à toute heure l'inspection du pharynx nasal, mais c'est payer bien cher un tel avantage que de l'acheter au prix d'infirmités aussi pénibles que celles qui résultent de la perte du palais.

Procédé J. Roux.— Seule, la résection temporaire totale, en laissant après l'opération le voile du palais fendu en totalite, permet une surveillance facile sans trop d'inconvénients pour le malade, inconvénients que fait disparaître une staphylorraphie ultérieure.

Il est peut-être bon, avant de passer à nos conclusions, de dire un mot de la cure palliative des polypes tentée avec ou sans opération préalable.

Legouest, parlant des résections préliminaires des os de la face, dit (1) : «Je ne puis me résoudre à considérer ces opérations, ou, pour mieux dire, ces mutilations préliminaires qui ont été conseillées et mises en pratique pour guérir cette

(1) Société de chirurgie, 1866.

redoutable affection, comme le dernier mot de la science.» Et le grand argument qu'il donne en faveur de la cure lente, c'est l'impossibilité d'extraire en une fois la tumeur fibreuse. Nous avons montré plus haut comment cette extraction est possible.

En même temps que Legouest s'élevait contre ces opérations, Alphonse Guérin (1) et Hergott (2), émettant l'espoir de les voir bientôt disparaître, proposaient la rugination directe du point d'implantation du polype sans incisions préalables, au moyen d'un instrument allongé introduit par les narines et conduit par le doigt ou par le miroir.

Bonelli, de Turin (3), et Michaud, de Louvain, ont employé ce procédé avec succès.

On s'est servi, pour les cures lentes, de la rugination, des caustiques, de la galvano-caustique, de l'électrolyse, du jet de flammes du gaz d'éclairage. Mais, dans la plupart des cas, pour porter ces moyens de destruction jusqu'à la tumeur, on s'est servi, soit des ouvertures créées dans des opérations antérieures, soit d'incisions palatines ou de la voie nasale. Cette méthode s'accommode très bien des résections partielles, car il ne s'agit plus ici de gagner directement le pédicule, mais bien d'attaquer la tumeur dans les parties qu'elle présente les premières. Ce mode de traitement est fort long; il dure parfois plusieurs années. Nous trouvons dans la thèse de Bruslé que « 30 à 40 séances d'électrolyse suffisent pour amener un résultat satisfaisant.» Nous trouvons également dans cet ouvrage l'odyssée d'un jeune étudiant de Paris : il entre, en juillet 1852, dans le service de Velpeau où l'on essaye les différents moyens palliatifs; au bout de six mois, fatigué de ces tentatives infructueuses, il passe au ser-

(1) Société de chirurgie, 24 novembre 1865.
(2) — — 2 janvier 1867.
(3) — — 29 novembre 1865.

vice de Nélaton, d'où il ne sort que le 15 août 1853 ; pendant ce long séjour, il a eu une angine par propagation et des accès de fièvre dus à l'empoisonnement septique, accès qu'il a conservés un certain temps et à diverses reprises. Enfin, deux ans après, il dut se remettre à un nouveau traitement.

Cette méthode simple a bien d'autres inconvénients. Les douleurs répétées à chaque opération finissent par lasser le malade, qui est enlevé à ses occupations pendant un temps considérable. L'inflammation déterminée par les caustiques se propage : on trouve, dans Robin Massé (1), l'observation d'un jeune homme de 18 ans, chez qui il survint une otite intense ; on dut lui perforer la membrane du tympan. Cette plaie continuelle expose à l'infection purulente. Giraldès, à la suite d'un traitement de ce genre, a vu mourir son malade de gangrène des poumons. Enfin, dans les cas de résection préalable, il existe une difformité considérable en attendant l'autoplastie.

En présence de ces diverses considérations, les avis des chirurgiens sont partagés, nous n'en voulons pour preuve que les conclusions suivantes de deux cliniques faites sur le même sujet par deux Maîtres de la chirurgie parisienne.

«L'intervention du chirurgien est nécessaire, mais il doit rejeter toute opération préalable et recourir à l'une des méthodes dites simples (2).»

«Je ne voudrais pas décourager ceux d'entre vous qui voudraient recourir aux méthodes palliatives employées jusqu'à aujourd'hui et en particulier à l'électrolyse ; pourtant, rappelez-vous que l'ablation totale, quand elle est possible, est encore le meilleur mode de traitement. Vous ne pourrez

(1) Robin Massé. Thèse de Paris, 1864.
(2) Gosselin. Cliniques, t. I, p. 151.

mieux empêcher le polype de grossir, qu'en l'enlevant de bonne heure et en réprimant les récidives (1).»

Nous n'avons pas la prétention de vouloir trancher une question qui divise les chirurgiens les plus éminents; mais dans les cas, d'ailleurs assez fréquents, qui présentent certaines allures particulières de gravité, comme il sera dit dans notre dernière conclusion, une intervention radicale nous paraît nécessaire et l'opinion de Péan nous semble la plus rationnelle. Ajoutons qu'il est d'une pratique générale d'employer les méthodes simples avant d'entreprendre une cure radicale, surtout quand le malade s'approche de cet âge, où, suivant l'opinion émise par bon nombre de chirurgiens, les polypes fibreux s'arrêtent dans leur développement, pour passer ensuite à un stade de régression.

(1) Péan. Cliniques, t. I, p. 120.

CONCLUSIONS.

I. La résection temporaire totale de J. Roux, est praticable sur le vivant.

II. Elle offre une voie large et une exécution rapide.

III. En raison des grandes dimensions de la voie créée, l'hémostase devient aisée ; le danger est alors moins grand qu'avec des procédés parcimonieux.

IV. La restauration est à la fois complète et facile.

V. En laissant persister la division du voile du palais, elle permet de surveiller les récidives et de les réprimer.

VI. Elle convient comme opération préliminaire à la cure des polypes naso-pharyngiens volumineux, à évolution rapide, à tendances hémorrhagiques, à embranchements multiples, nécessitant une action énergique et immédiate.

Elle est alors appelée à remplacer non seulement la résection totale définitive, mais encore les résections temporaires partielles qui, dans ces cas, sont aussi insuffisantes que dangereuses.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 décembre 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 décembre 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

BIBLIOGRAPHIE.

Verneuil. — Bulletin de la Société de chirurgie, années 1852, 54, 58, 60, 61, 62, 65, 66, 70, 73.

J. Roux. — Gazette des hôpitaux 1861.

Robin Massé. — Des polypes naso-pharyngiens au point de vue du traitement. Thèse Paris 1864.

Michaud (de Louvain).— Nouvelles considérations sur les polypes naso-pharyngiens.

Mathias Duval. — Etude sur la valeur comparative des procédés de section du maxillaire supérieur, applicables à l'extraction des polypes naso-pharyngiens. Thèse Strasbourg 1869.

Goguel. — De la résection temporaire des os de la face. Thèse Paris 1875.

Delphy. — Polypes naso-pharyngiens, traitement par la méthode nasale. Thèse Montpellier 1877.

W. Clausen. — De la valeur de la résection temporaire du maxillaire supérieur. Discours inaugural, Heidelberg 1878.

Trélat. — Leçon clinique sur les polypes naso-pharyngiens, Progrès médical 1878.

Kirmisson. — Des opérations préliminaires. Thèse Paris 1879.

Bruslé. — De la guérison des polypes naso-pharyngiens par les méthodes palliatives. Thèse Paris 1879.

Gosselin, Péan. — Cliniques.

Spillmann. — Dictionnaire de Dechambre.

— Dictionnaire de Jaccoud.

Gosselin. — Encyclopédie.

Sédillot et Legouest, Malgaigne et Lefort, Dubrueil, Chalot. — Médecine opératoire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!